TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] DE GAUDART D'ALLAINES



MASSON ET C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VI[e])
1926

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des Hôpitaux de Paris, 1911.
Interne provisoire des Hôpitaux de Paris, 1912.
Interne des Hôpitaux de Paris, 1913-1914.
Aide d'Anatomie à la Faculté, 1920.
Docteur en Médecine, 1922 (Médaille d'Argent).
Prosecteur à la Faculté, 1923.
Chirurgien des Hôpitaux de Paris, 1925.
Membre de la Société Anatomique, 1925.
Membre de la Société de Pédiâtrie, 1926.

ENSEIGNEMENT

Conférence d'Anatomie à la Faculté.
Comme Aide d'Anatomie, 1921 et 1922.
Comme Prosecteur, 1923 et 1924.
Cours de Médecine opératoire spéciale, 1923-1924.
Participation à l'enseignement de la Clinique chirurgicale,
Professeur Hartmann, 1922.
Professeur Gosset, 1923.

TITRES MILITAIRES

Mobilisé au front pendant toute la durée de la guerre.

a) 117ᵉ Régiment d'Infanterie, 1914-1916.

Comme Soldat de 2ᵉ classe.

— Médecin Auxiliaire.

— Médecin Aide-major.

(Croix de guerre).

b) Ambulance 5/4.

Ambulance Chirurgicale Automobile 18, 1916-1919.

Chef d'équipe chirurgicale.

I. — TRAVAUX SUR LA CHIRURGIE ABDOMINALE

Hystérectomie fundique.

a) *Thèse de Paris*, 1922.

b) Indications et technique de l'Hystérectomie fundique (en collaboration avec mon maître P. Lecène), *Journal de Chirurgie*, 1922, N° 6, page 561.

c) Résultats éloignés (en collaboration avec mon maître P. Lecène), *Journal de Chirurgie*, 1924, tome I, p. 628.

L'idée directrice de cette intervention est la suivante : Conserver d'une part un ovaire normal, laissé en place et pourvu de ses nerfs et de ses vaisseaux propres, qui lui assurent la nutrition. Garder d'autre part une quantité suffisante de la muqueuse du corps de l'utérus, pour que la fonction menstruelle soit conservée chez l'opérée.

Les troubles généraux causés par la castration chez les femmes âgées de moins de quarante ans, sont d'une extrême fréquence et gênants. Les méthodes palliatives qui ont été utilisées sont impuissantes, sinon à diminuer du moins à faire disparaître les troubles en question. Pour éviter leur apparition, il faut conserver les règles en laissant en place un ovaire bien irrigué et une portion notable de la muqueuse du corps de l'utérus.

L'hystérectomie fundique permet une exérèse plus étendue que les observations conservatrices anciennement connues. Elle permet l'ablation des deux trompes et d'un ovaire et surtout elle permet l'ablation du fond de l'utérus, siège ordinaire des lésions

d'endométrite hyperplasique et polypeuse, qui sont l'origine de la reprise des accidents après les opérations économiques.

La technique de l'hystérectomie fundique a été représentée dans

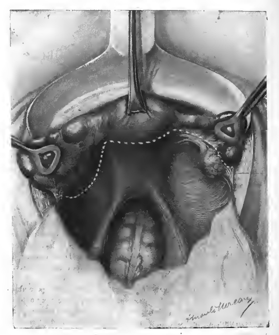


Fig. 1. — L'utérus attiré en avant, les annexes tendues de chaque côté exposent les lésions. Du côté droit, l'ovaire est sain, et la trompe malade : du côté gauche, les deux organes doivent être enlevés. En pointillé, on suit la ligne de section : à droite elle passe au-dessus du ligament infundibulo-pelvien vecteur de l'artère ovarienne et au-dessus de l'ovaire sain, au-dessous de la trompe, à travers les mésosalpinx ; à gauche, la ligne pointillée passe au-dessous des annexes comme dans une Prysterectomie subtotale, mais remonte vers la corne utérine qu'elle n'atteint pas ; au milieu, la ligne de section de l'utérus passe au-dessous du fond.

les articles que nous signalons plus haut. Nous reproduisons ici deux figures (fig. n°s 1 et 2) sur six qui en rendent très suffisamment compte.

Comme nous l'avons établi, deux temps opératoires ont une

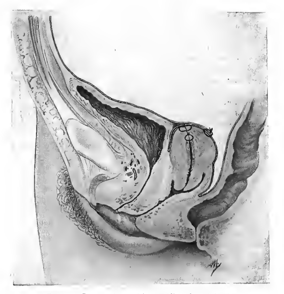


Fig. 2. — Coupe antéro-postérieure médiane du petit bassin.
La section du corps utérin passe largement au-dessus de l'isthme et respecte une grande partie de la muqueuse du corps. La cavité utérine a été fermée par deux plans de suture : un musculo-muqueux, un musculo-séreux (un seul plan total peut suffire). Le péritoine rétrovésical recouvre comme un capuchon cette suture et vient s'adosser au péritoine de la face postérieure de l'utérus.

importance capitale : ce sont les deux seuls que nous rappellerons ici.

a) La suture du corps de l'utérus doit être très minutieuse.

L'hémostase des tranches utérines se faisant uniquement par affrontement, il faut faire tantôt une double suture superposée, tantôt un surjet pour assurer cette hémostase.

b) La péritonisation du moignon utérin ne peut se faire qu'en allant chercher en avant le péritoine du dôme vésical et en le rabattant comme un capuchon par-dessus l'utérus ; de cette façon la péritonisation est aisée et complète.

Nous avons étudié les indications et les résultats de ces opérations d'après 71 cas ; toutes ont été rapportées *in-extenso* dans la thèse de Kovatchevitch. Paris, 1924.

Nous avons établi que les indications de l'hystérectomie fundique sont : annexite bilatérale kystique et adhérente rebelle au traitement médical. Fibrome du fond de l'utérus non énucléable. Métrorragies graves dues à une endométrite hémorragique, sans lésions annexielles inflammatoires ; certains cas plus rares, par exemple grossesse extra-utérine avec lésion de la trompe du côté opposé.

Au contraire, il faut abandonner cette intervention, comme du reste toutes les interventions conservatrices, dans les annexites suppurées avec lésions périsalpingiennes même en apparence refroidies, et du reste de façon générale dans tous les cas où le péritoine pelvien n'est plus mobile et est déjà très altéré. A vouloir étendre exagérément les indications de cette méthode thérapeutique, on la verrait se discréditer rapidement.

D'après tous les cas que nous avons pu revoir (47), nous avons pu affirmer que les résultats éloignés justifiaient cette opération. Deux malades seulement ont dû être réopérées pour récidives du côté laissé en place. Chez toutes les autres, nous avons pu constater l'intégrité et l'indolence de l'utérus conservé et de l'ovaire restant. La conservation des règles est un phénomène constant ; leur abondance et leur durée sont parfois moindres mais on peut être assuré qu'après une hystérectomie fundique, faite chez une femme qui n'a pas encore atteint la ménopause, la menstruation persiste.

La grande majorité des opérées n'a présenté aucun trouble de ménopause anticipée. Ceux-ci, quand ils ont existé, sont en général très légers et disparaissent au bout de quelque temps. Parfois ils sont plus intenses, comparables à ceux qu'on observe après une castration complète. Il s'agit en général de femmes opérées autour de la quarantaine, ce qui fait qu'à cet âge l'hystérectomie fundique nous paraît peu indiquée.

Ces résultats ont été étudiés chez des malades opérées depuis un à quatre ans. Depuis, de nouvelles interventions nous les ont confirmés, comme du reste l'avis des chirurgiens qui ont bien voulu pratiquer des opérations de ce genre.

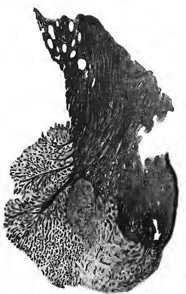


Fig. 3. — Dessin d'ensemble de l'adénome montrant d'une part sa continuité avec l'épithélium pavimenteux vaginal, d'autre part avec l'épithélium cylindrique du canal cervical, avec ses glandes dilatées. Au centre de l'adénome, une zone claire représentant la transformation néoplasique de l'adénome.

Epithélioma wolffien de l'ovaire, coïncidant avec un cancer de la corne utérine (en collaboration avec Y. Bertrand; travail de la Clinique chirurgicale du Pr Gosset). *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, N° 5, page 433.

Chez une femme de 47 ans, opérée pour une volumineuse tumeur de l'ovaire, nous avons découvert, dans la corne utérine, du côté correspondant, un néoplasme au début.

La tumeur de l'ovaire était un épithélioma wolffien avec de larges zones de nécrose. La tumeur utérine représentait un épithélioma à forme villeuse tout à fait au début. Dans ce cas, étant donnée la différence de structure histologique des deux tumeurs, nous avons pensé qu'il ne s'agissait ni d'une métastase, ni d'une propagation, mais bien d'une double lésion indépendante. Il est possible que la lésion utérine se soit développée sur une réaction épithéliale produite elle-même par action de voisinage de la tumeur annexielle voisine.

Adénome pédiculé du col utérin avec début de transformation cancéreuse (en collaboration avec mon maître H. Hartmann et J. Surmont). *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, N° 1, page 1.

La figure ci-contre (n° 3) montre l'aspect de la lésion. L'adénome du col utérin est une tumeur rare et bénigne, malgré un aspect clinique un peu spécial.

Il est fort intéressant de connaître sa dégénérescence possible, car au stade de malignité, il envahit rapidement les plans profonds. Il est donc important, quand on en soupçonne la transformation maligne (ce qui a été le cas présent) de pratiquer une hystérectomie et non pas seulement l'ablation de l'adénome.

Torsion intra-abdominale du grand épiploon, sans hernie (en collaboration avec Rouffiac). *Bulletin de la Société anatomique*, 1923, N° 4, page 327.

Dans 80 pour 100 des cas, la torsion épiplooïque est consécutive à une hernie épiplooïque. Dans notre cas, le grand épiploon en entier était tordu, formant une masse de douze centimètres de long sur huit centimètres d'épaisseur, et retenue en haut par son insertion gastrique tordue sur elle-même de plusieurs tours, en bas par une adhérence lâche à la trompe droite non altérée.

La tumeur épiplooïque était parsemée d'infarctus.

Occlusion intestinale mortelle par calcul biliaire. Fistule cholécystoduodénale latente (*Bulletin de la Société anatomique*, 1924, N° 1, page 28).

Occlusion datant de cinq jours due à un gros calcul biliaire occupant la partie moyenne de l'iléon.

L'intérêt de ce cas réside dans l'autopsie. Celle-ci m'a montré une large perforation unissant la vésicule biliaire à la première portion du duodénum.

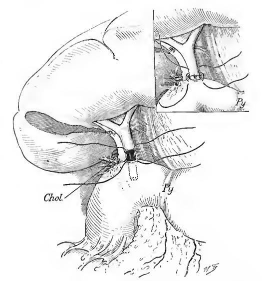


Fig. 4. — Hépatico-duodénostomie avec un tube de caoutchouc et suture directe. Dans le cartouche en haut et à droite, on a représenté, terminé, le premier plan de sutures, réalisé par une attraction d'un cône de muqueuse duodénale : ce premier plan sera enfoui sous un second plan séro-musculaire.

Cette fistule, du diamètre de l'index, était très ancienne. Elle était parfaitement tapissée de muqueuse lisse, souple, sans aucune adhérence environnante. La malade ne présentait aucun passé pathologique, même très minime, permettant de retrouver la date

probable de la formation de cette fistule qui était par conséquent absolument latente.

La Réparation de la voie biliaire principale ou sa dérivation dans le tube digestif, dans les cas difficiles (en collaboration avec mon maître P. Lecène). *Journal de Chirurgie*, 1922, page 237, tome 20.

A propos d'un cas opéré par l'un de nous, nous avons étudié quelle était la meilleure façon pratique de rétablir le cours de la bile, en cas de large perte de substance de l'arbre biliaire principal, rendant impossibles les techniques de suture employées habituellement (Anastomose des deux bouts du canal biliaire, ou anastomose du canal biliaire et de la vésicule avec la cavité gastro-intestinale).

Dans ces cas, la prothèse caoutchoutée rend de grands services, car elle est parfaitement tolérée. Tout autour de la sonde de caoutchouc se reconstitue un nouveau canal biliaire. A ce point de vue, les voies biliaires possèdent un pouvoir de régénération spontané tout à fait remarquable. J'ai du reste, depuis, entrepris chez le chien, des expériences de régénération de la voie biliaire détruite autour d'un tube de caoutchouc. J'ai constaté la formation d'un nouveau canal, mais à l'inverse des expérimentateurs précédents, j'ai observé que ce canal, très perméable, présentait peu de tendances à s'épithélialiser, restant par conséquent, fragile et exposé aux rétrécissements secondaires et à l'infection ascendante d'origine intestinale.

Trois sortes d'opérations prothétiques peuvent être pratiquées :

a) Quand les deux extrémités de la voie biliaire sont encore perméables, et que la perte de substance n'est pas trop étendue (deux à trois centimètres), on peut faire une suture précaire (suture quand même). La prothèse est nécessitée par la tension des sutures.

Dans ce cas, nous avons conseillé d'employer un tube assez long pour qu'il aille jusque dans l'intestin, pour éviter de le voir retenu à demeure dans les voies biliaires, au-dessus de l'ampoule de Vater rétrécie. Ce tube assure par là même, en même temps, le drainage de la bile directement dans l'intestin.

Une telle technique est malaisée à exécuter, car le segment inférieur des voies biliaires est souvent de mauvaise qualité et trop petit pour laisser passer le tube. La qualité de la guérison

paraît du reste être moins bonne qu'après les autres procédés.

b) On néglige le segment inférieur inutilisable des voies biliaires, et on pratique une anastomose bilio-intestinale, sur un tube de caoutchouc (fig. n° 4). Ce procédé nécessite la libération du tube digestif qui doit être amené jusqu'au contact du bout supérieur des voies biliaires. De fait, cette opération est difficile et grave, car elle nécessite des manœuvres délicates dans une

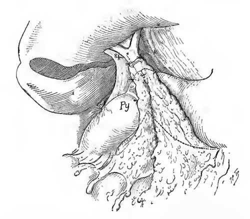


Fig. 5. — Hépatico-gastrostomie sur tube-prothèse, sans suture directe, avec épiplooplastie. Le cône gastrique est attiré en haut le plus possible et le tube en partie enfoncé dans un pli de la paroi gastrique à la Witzel.

région dont les rapports anatomiques sont très modifiés par l'affection causale ou les opérations antérieures.

c) Dans les cas où la perte de substance est très étendue, et où l'on ne peut trouver le segment inférieur de la voie biliaire interrompue, il faut alors pratiquer une anastomose à distance à l'aide d'un tube de caoutchouc (fig. n° 5).

Ce tube est enfoncé d'une part dans le canal biliaire, d'autre part conduit dans l'intestin non mobilisé où on l'enfouit par le procédé de Witzel. Ce tube, ultérieurement, tombe dans l'intestin

et est éliminé spontanément et sans accident. Tout autour du tube libre, on enroule un morceau d'épiploon.

D'après les cas que nous avons rassemblés, il nous a paru que cette dernière opération était digne du plus grand intérêt, outre qu'elle s'adresse à des cas où la fistule biliaire totale et définitive paraissait inévitable. Elle semble donner une qualité de guérison plus parfaite que les deux premières.

Il faudra en réalité de nouvelles et nombreuses observations pour juger de la valeur définitive de ces procédés opératoires. Mais il existe déjà un assez grand nombre de faits publiés pour que nous puissions conclure dès maintenant que ces opérations peuvent donner des résultats très bons dans des cas particulièrement difficiles.

Tumeur herniaire englobant le côlon et abcédée en son centre (*Bulletin de la Société anatomique*, 1923, N° 2, page 156).

Volumineuse tumeur contenue dans un sac herniaire. Au cours de l'extirpation, on est conduit à sectionner et à suturer bout à bout le gros intestin, dont une partie disparaît au milieu de la tumeur. Cette tumeur, constituée par un tissu sclérolardacé, entoure complètement l'intestin. Elle est, en son centre, ramollie, et il existe une cavité contenant un liquide puriforme. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait, selon toute vraisemblance, d'une frange épiploïque adhérente ayant acquis des dimensions très volumineuses et englobe l'intestin. La nécrose centrale était le résultat d'un infarctus.

Remarque sur le traitement de l'invagination intestinale aiguë des nourrissons (*Revue médicale universelle*, N° 1, 1925, p. 9).

Revue générale sur les données récentes et les communications de ces dernières années concernant le traitement de l'invagination intestinale aiguë.

Étude du Traitement chirurgical du Rétréoissement rectal, d'après cinquante-quatre observations inédites. Paris, 1926. Concours d'agrégation (Travail du service du Pr Lecène).

Ce travail a été entrepris depuis cinq ans dans le service du Pr Lecène et sur ses conseils.

A l'hôpital Saint-Louis, j'ai pu réunir 54 observations de ma-



Fig. 6 (Cliché Schaller). — Étendue de l'exérèse nécessaire dans un rétrécissement rectal avancé (observation n° 39). Cette pièce opératoire de trente centimètres de long a été enlevée par résection abdomino-périnéale. Elle montre les trois zones du rétrécissement du rectum. En bas la région anale dont il ne reste qu'un peu de muqueuse ; puis le rétrécissement entouré d'un gros bloc calleux et rigide de périrectite ; au-dessus la zone ulcérée de rectocolite sus-stricturale. Il faut remarquer que la périrectite est très marquée au niveau du rétrécissement mais s'étend peu au delà ; fait qui a une grosse importance au cours de l'opération.

lades atteintes de rétrécissement rectal dont 40 opérées. J'ai pu étudier moi-même 25 pièces opératoires et suivre la grande majorité des opérés suivant un temps qui varie de six mois à quatre ans.

Mon but a été de préciser les indications respectives des différents traitements, et surtout des différentes méthodes opératoires.

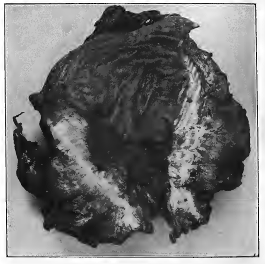


Fig. 7 (Cliché Schaller). — (Observation n° 42).
Aspect de la périrectite et de l'ulcération sus-stricturale dans le rétrécissement du rectal (pièce de résection coccy-périnéale Pr Lecène).

J'ai éliminé de suite le traitement médical d'affection causale, lavage, traitement spécifique, etc... Tous ces traitements sont respectables à la période d'anite prësténosante, mais inefficaces à la période de sténose constituée, de l'avis de tous les auteurs.

Restent donc deux traitements : le traitement médical de la

sténose et le traitement chirurgical proprement opératoire. Chacun de ces traitements a fait l'objet d'un chapitre différent.

1° Valeur du traitement médical pour traiter le rétrécissement rectal. — J'ai étudié successivement les effets de la dilatation lente ou brusque, la rectotomie interne, l'électrolyse par ses différents procédés. De l'étude des résultats, on peut conclure que ces différents traitements influencent le calibre de la sténose très nettement et parfois très vite. Mais ils ne peuvent rien sur deux élé-

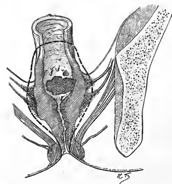


Fig. 8. — Figure schématique montrant l'étendue de l'exérèse du rétrécissement rectal. En bas enlever la muqueuse et respecter le sphincter; au-dessus enlever largement le rétrécissement et la région ulcérée sus-stricturale.

ments du problème thérapeutique. Ils ne peuvent rien sur *la rectite* qui est encore plus importante et plus difficile à traiter que le rétrécissement lui-même. Or, cette rectite est constante, réalisant le type de la recto-colite ulcéreuse, telle que l'ulcération qui est figurée ci-contre (fig. n° 6). Ces traitements ne peuvent rien encore sur *la périrectite* qui est souvent très marquée et dont la figure ci-contre montre un exemple (fig. n° 7).

Il nous paraît cependant justifié de conserver ces traitements pour les cas de rétrécissement au début, et où la sténose est encore peu marquée. Nous avons appliqué ce traitement dans tous les cas

d'anorectite sténosante au début, sous forme de dilatation brusque, sous anesthésie générale, suivie de dilatations méthodiques et répétées, et ce traitement nous a donné dans tous ces cas des résultats quelquefois excellents, et en général très satisfaisants.

2° **Traitement chirurgical proprement dit.** — Le traitement chirurgical est passible de deux reproches : la gravité opératoire (10 pour 100 de morts). En outre, la guérison absolue y est rare. Mais si la guérison absolue est exceptionnelle, les troubles qui persistent sont en réalité des troubles légers; si l'exérèse est complète, comme nous avons essayé de le montrer, la vraie récidive est rare. En réalité gravité de l'opération et rareté de la guérison complète sont deux points très importants mais leur valeur est moins grande si l'on considère l'avenir de ces malades livrés à eux-mêmes, contre une affection qui est progressivement et toujours mortelle.

3° **Étude des différents traitements chirurgicaux.** — *a*) Traitement palliatif par l'anus iliaque. — Les indications de l'anus iliaque sont avant tout les lésions périnéales étendues (suppuration et fistules). Parmi les cas que nous avons suivis, nous avons constaté souvent une amélioration parfois assez nette et complète pour que se pose la question de la fermeture secondaire de cet anus, comme on l'a quelquefois pratiquée.

Cependant, l'anus iliaque ne nous paraît pas le traitement de choix du rétrécissement rectal constitué, car, parfois au contraire, malgré un anus iliaque, les lésions ont continué à évoluer et ont amené l'apparition de phénomènes graves entraînant peu à peu la mort. L'anus iliaque, dans certains cas, est impuissant à enrayer la marche des accidents.

Dans beaucoup de ces cas, il est indiqué d'y associer une rectotomie externe pour mettre à plat les fistules et les abcès, opération du reste grave, car elle s'adresse à des formes très septiques, et rapides dans leur évolution.

b) Opération d'exérèse. — Avant tout, le chirurgien doit connaître l'étendue de l'exérèse à pratiquer. Et de fait, nous avons montré qu'il existe trois zones malades à enlever sous peine de récidive :

1. L'anus. — Le sphincter doit être conservé car son ablation entraîne une infirmité très pénible à laquelle il faut préférer l'anus

iliaque, bien mieux supporté qu'un anus périnéal incontinent.

Théoriquement, il est préférable de garder la muqueuse du canal, car son ablation entraîne l'incontinence des matières liquides, mais celle-ci ne peut en général être conservée car elle est atteinte d'anorectite.

2. Le rétrécissement avec tout son bloc de périrectite doit être



Fig. 9. — Technique de la résection par la voie occypérinéale Résection du coccyx et abord de la face postérieure du rectum au-dessus du sphincter.

enlevé largement. Il est du reste souvent la source de difficultés opératoires considérables.

3. La zone sus-stricturale, atteinte de rectocolite ulcéreuse, quelquefois très étendue, doit être enlevée dans son entier sous peine de récidive certaine.

Il est parfois difficile de savoir d'avance ce que l'on doit enlever. Si le rétrécissement est franchissable au doigt ou au rectoscope, le problème est facile. Sinon, nous estimons que pour éviter les déboires, et les insuccès opératoires, il faut de toute nécessité pratiquer auparavant une laparotomie exploratrice qui permettra

de connaître le niveau supérieur des lésions et, si besoin est, d'établir un anus iliaque préalable.

Parmi les méthodes d'exérèse, à côté de la voie sacrée et de la voie vaginale, nous avons surtout étudié deux voies : la voie endo-



Fig. 10. — Ouverture du cul-de-sac de Douglas sur les côtés du rectum.

sphinctérienne, et la voie périnéale.

1° *Voie endosphinctérienne.* — Cette opération, par la technique décrite par notre maître Hartmann, est décrite complètement dans notre travail.

Nous pensons que ce mode opératoire s'il est suffisant pour la



Fig. 11. — Après ligature des pédicules et l'abaissement de l'intestin, on sectionne au-dessus des lésions et on ferme le péritoine de Douglas.

moyenne des cas est cependant passible de certaines critiques :
La voie d'abord est étroite, le drainage est insuffisant, et cela

explique la mort par cellulite pelvienne, que nous avons observée à deux reprises. C'est pourquoi, comme l'a dit le Pr Hartmann,

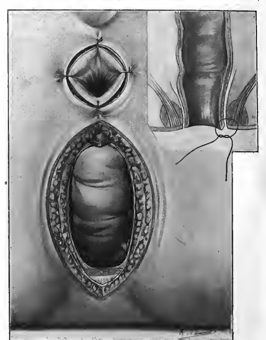


Fig. 12. — Un des procédés de suture en invaginant le côlon dans l'anus. Si l'on a pu conserver la muqueuse du canal anal, ce qui est rare, on suture bout à bout le côlon où la partie supérieure du canal anal.

nous pensons que l'indication de la voie endosphinctérienne est, donnée par un rétrécissement peu étendu en hauteur, bien explorable et mobile.

2° *La voie coccypérinéale*, par la méthode de Kocher, aidée ou non d'une incision antérieure suivant la technique de Cunéo. Cette voie doit se combiner toujours avec l'établissement d'un anus iliaque, préalable, anus temporaire qui sera fermé plus tard. Nous avons décrit complètement cette opération dont les quelques figures ci-jointes donnent un résumé (fig. 8 à 12).

Dans certains cas extrêmement difficiles, où l'on n'avait pas pu explorer complètement le rectum, et où on ignorait l'étendue des lésions, on a dû ajouter un temps abdominal de nécessité. C'est un facteur de gravité considérable et bien connu ; il faut tout faire pour l'éviter; et c'est là le but que remplit la laparotomie exploratrice.

De l'étude de ces différents cas, nous avons pensé que les indications de la résection par la voie coccypérinéale sont les cas très étendus en hauteur, où il faut largement abaisser le côlon, et où il existe une périrectite marquée.

Les résultats éloignés de ces méthodes d'exérèse sont identiques pour l'une ou pour l'autre des voies d'abord. Ils sont dans l'ensemble (13 cas sur 16 malades revus à longue échéance) bons, mais jamais parfaits. La rectite a disparu, le rectum est souple et bien perméable, l'anus est normalement continent. Mais il existe de l'incontinence aux matières liquides, et un ectropion muqueux, suintant, et parfois gênant. Nous avons pu utilement remédier à cet inconvénient par un cerclage de l'anus au fil métallique. Après la résection périnéale, on observe parfois une fistule postérieure allant de l'anastomose à la région coccygienne ; cette fistule tend à se fermer spontanément si l'anastomose est perméable.

On observe quelquefois (rarement du reste : 3 cas) des récidives incontestables ; il faut chercher à en diminuer le nombre en choisissant la voie d'abord, et en réséquant plus largement.

Somme toute, les résultats que nous avons suivis, et que nous avons rapportés, sont très consolants et engagent le chirurgien à persévérer dans le traitement chirurgical du rétrécissement rectal.

Résultat de l'écrasement et de l'enfouissement des bouts intestinaux chez l'homme (en collaboration avec mon maître J. Okinczye). *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1923, 17 avril, n° 12, page 555.

Examen histologique d'une pièce d'écrasement intestinal prélevée lors d'une intervention ultérieure faite vingt jours après. La

région écrasée est suturée au fil de lin, et représentée par un moignon bien vivant et hermétique. Le fil de lin entraîne une réaction macrophagique nette et quelques phénomènes inflammatoires. La séreuse forme un sac continu autour du moignon d'écrasement, et il n'existe pas de cavité close entre l'adossement séreux et le moignon écrasé. Ce cas montre que la cicatrisation peut être parfaite et rapide, sans nécrose, et sans inflammation dangereuse au niveau et au voisinage d'une zone intestinale écrasée.

Fistule périnéphrocolique avec lésion inflammatoire du rein (en collaboration avec Rouffiac). *Société anatomique*, 1923, n° 4, p. 324.

Les fistules néphrocoliques sont très rares. Celle-ci unissait le côlon gauche au bord inférieur du rein gauche. Ce dernier avait un pôle supérieur à peu près sain; son pôle inférieur disparaissait au contraire dans une gangue périnéphrocolique parsemée d'abcès, et l'un d'entre eux était fistulisé dans l'intestin.

Au point de vue clinique, c'était tout à fait le tableau de la tumeur colique gauche avec les hémorragies et la sténose clinique et radiologique.

L'examen histologique n'a montré, au niveau du rein, que des lésions d'infiltration banale, sans aucune spécificité (tuberculose ou autre), le côlon étant entièrement sain. Il s'agit donc d'une périnéphrite suppurée ouverte dans le côlon et elle-même secondaire a une suppuration rénale.

Ulcère simple perforé du côlon sigmoïde (en collaboration avec M. Renaud). *Société anatomique*, janvier 1923, n° 1, page 67.

Ce cas concerne un malade mort de péritonite par perforation d'un ulcère du côlon sigmoïde. Cette ulcération présentait des aspects histologiques très particuliers.

Le trou, à l'emporte-pièce, était tapissé par une zone inflammatoire très étendue. On avait l'impression d'une paroi d'abcès ouvert dans l'intestin et dans le péritoine. A distance, sur l'anse perforée, on voyait encore en pleine couche musculaire, de petits abcès miliaires, et par endroits, de véritables infarctus microbiens.

Cet aspect inhabituel nous a enclin à penser qu'il s'agissait d'une colite infectieuse et abcédée, d'origine vraisemblablement sanguine.

Perforation du côlon ascendant, premier signe d'une ulcé-

ration tuberculeuse (en collaboration avec M. Iselin). *Bulletin de la Société anatomique,* 1924, 31 mai, n° 45, page 319.

Malade qui est morte de péritonite par perforation du côlon ascendant. L'examen histologique de la pièce avait fait découvrir que la perforation occupait le centre d'une ulcération tuberculeuse de petites dimensions. En aucun autre point de l'intestin, on n'a pu déceler de lésions analogues.

Il s'agissait d'une forme très rare de tuberculose isolée du côlon, à forme ulcéreuse et perforante d'emblée.

II. — TRAVAUX DE CHIRURGIE GÉNÉRALE.

Chirurgie d'urgence. — Collection des Prosecteurs. 7e édition (en collaboration avec mon maître Victor Veau). Masson, 1924.

Dans cette nouvelle édition, nous avons ajouté de nombreux chapitres, tels que le traitement des plaies accidentelles, par la suture primitive ou retardée, le traitement des fractures ouvertes, le traitement de la grossesse extra-utérine rompue et de l'ulcère perforé, le traitement des phlegmons de la main. Nous avons refondu les autres chapitres en tenant compte des notions nouvelles acquises pendant et depuis la guerre.

Traité de Le Dentu et Delbet, maladie des veines (en collaboration avec mon maître P. Launay). Sous presse, édition Baillière.

Dans la nouvelle édition, nous avons ajouté entièrement certains chapitres, tels que celui des phlébites dites « par effort »; d'autres tels que la Pathogénie et le Traitement des varices, ont été entièrement refondus à la lumière des travaux importants, parus depuis la dernière édition.

Anus vulvaire (en collaboration avec mon maître H. Mondor). *Gynécologie et Obstétrique*, mai 1923, page 147, n° 2.

Sur une forme rare de luxation du pied (en collaboration avec Roulliac). *Société anatomique*, janvier 1923, n° 1, page 70.

La luxation du pied en arrière est toujours accompagnée de fracture de la pince malléolaire. Nous avons rapporté ce cas où la

fracture malléolaire n'existe pas; elle était remplacée par une disjonction tibio-péronière avec fracture du tiers supérieur du péroné.

A l'inverse de la luxation avec fracture malléolaire, ce cas est de réduction facile et de très bon pronostic.

Fracture isolée du scaphoïde tarsien (en collaboration avec mon maître H. Mondor). *Société anatomique*, 1923, mai, n° 5, page 418.

Les fractures du scaphoïde sont rares. Le type présenté est exceptionnel, puisque le trait était sagittal, prolongeant l'interligne des deux premiers cunéiformes. La fracture est survenue au cours d'une dénivellation brusque de la surface articulaire postérieure du cunéiforme, et les deux moitiés du scaphoïde brisé ont accompagné le jeu des cunéiformes.

La tuberculose pseudo-néoplasique du sein (en collaboration avec mon maître M. Hartmann et M. Renaud). *Société d'obstétrique et de gynécologie*, 12 mai 1924, et *Gynécologie et Obstétrique*, tome 10, 1924, n° 2, page 81.

A propos de trois cas observés à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, nous avons attiré l'attention sur cette forme rare de tuberculose du sein, sur laquelle aucun travail d'ensemble n'avait encore été publié en France. Nous en avons rassemblé seulement 8 observations publiées par divers auteurs étrangers. Cette rareté est plus apparente que réelle, car tout ici simule le cancer, et ce n'est que l'examen histologique systématique de toute tumeur du sein enlevée qui permet la découverte de la nature véritable.

Cette forme se voit de préférence chez les femmes âgées. L'indolence, la consistance de la tumeur, la présence d'adénopathies, tout est en tous points comparable à l'épithélioma atypique infiltré de la glande mammaire. Toutes les malades ont été opérées pour cancer du sein.

A la coupe, la tumeur grenue et mal limitée, blanc gris ou rosée, criant sous le couteau, rappelle plutôt les formes squirreuses du cancer mammaire.

Il est nécessaire de distinguer deux points dans l'aspect histologique :

a) Celui-ci démontre avec évidence qu'il ne s'agit aucunement d'une lésion néoplasique, mais bien d'une affection inflammatoire.

b) Cette lésion inflammatoire a les apparences d'une affection tuberculeuse. Il est constamment difficile, et pas toujours possible de faire la preuve de l'origine tuberculeuse. Dans l'ensemble, la lésion dominante est la nécrose des éléments glandulaires atteints au centre par la caséification, à la périphérie étouffés par la sclérose.

Ce n'est qu'en multipliant les coupes que nous avons pu trouver,

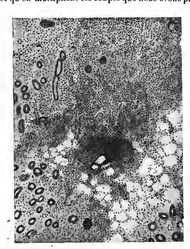


Fig. 13. — Bien qu'on n'ait pu voir sur les coupes de bacille de Koch, la nature tuberculeuse ne peut être mise en doute, d'autant plus qu'il existait dans les ganglions des foyers de tuberculose folliculaire typique. Sur cette coupe on voit en haut et à gauche, les acini glandulaires nombreux et entourés de tissu conjonctif légèrement enflammé ; au milieu un follicule tuberculeux entouré d'une large zone inflammatoire qui infiltre les parties voisines ; en bas et à gauche les mailles du tissu graisseux sont épaissies et parsemées d'éléments inflammatoires.

par endroits, des nodules tuberculeux typiques. De même que dans les autres tuberculoses scléro-inflammatoires, dans cette tuberculose du sein, la recherche du bacille de Koch est très rarement positive.

Dans ces cas, du reste, il est fréquent de pouvoir trouver le

bacille de Koch dans les adénopathies satellites. L'adénite axillaire, qui accompagne la tuberculose du sein est en général à un stade évolutif plus avancé que la lésion glandulaire.

Quant à l'inoculation, elle a été rarement pratiquée. Nous en avons rapporté deux cas positifs.

Cette forme très différente de la tuberculose banale du sein est en pratique impossible actuellement à distinguer cliniquement de la tumeur maligne, d'autant plus qu'il existe des cas où les deux affections peuvent se trouver réunies.

Méningite à bacille de Koch et à pseudo-méningocoques (en collaboration avec H. Balin). *Bulletin de la Société de Pédiâtrie*, 10 juin 1913, page 405.

De la rétention d'urine et de quelques autres symptômes du stade aigu de la polyomyélite aiguë (en collaboration avec G. Schreiber). *Société de Pédiâtrie*, 14 octobre 1913, page 439.



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT (6-1926).